



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-013 - FRACASO DEL RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Rial Justo, Xiana; Iglesias Trigo, Marta; Carracedo Iglesias, Roberto; López Otero, Marta; Abedini Nieto, Blanca; Ferreirós Losada, Isabel; Cruz Moure, Cristina; Sánchez Santos, Raquel

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo.

Resumen

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) suscita un interés creciente en las últimas décadas debido a su relación con una disminución de complicaciones asociadas con la hospitalización, menor impacto en la calidad de vida de los pacientes y disminución de los costes económicos. La cirugía de la hernia inguinal es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en el ámbito de la cirugía general. Asimismo, supone uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en régimen de CMA y ha sufrido una expansión progresiva de sus indicaciones en los últimos años.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal en régimen de CMA en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre los años 2017 y 2023, ambos incluidos. De estos pacientes, se analizó el subgrupo de pacientes en los que alguna incidencia impidió completar la asistencia de forma ambulatoria según lo previsto y se estudiaron las causas por las cuales fracasó el régimen de CMA.

Resultados: Durante los años 2017 a 2023 se intervinieron 2.602 pacientes de hernia inguinal en régimen de CMA en nuestro centro. En un 3,8% de ellos se produjo fracaso del régimen de CMA previsto, con imposibilidad de alta ambulatoria y necesidad de prolongar la atención con un ingreso hospitalario. El 89% de los pacientes fueron hombres y la edad media, 59,7 años. Las hernias intervenidas fueron: 83,7% hernias inguinales unilaterales, 15,3% hernias inguinales bilaterales, 1% hernias crurales (no asociadas a inguinal). Todas ellas fueron hernias primarias, ninguna recidivada. Las técnicas de hernioplastia realizadas fueron: técnicas endoscópicas (TEP/TAPP) 51%, Lichtenstein 33,7%, Rutkow-Robbins 8,2% y otras 7,1%; con un tiempo quirúrgico medio de 49,9 minutos. Los motivos de conversión a ingreso más frecuentes fueron los siguientes: finalización de la intervención posterior al horario previsto, insuficiente para cumplir periodo de observación establecido: 29,6%; ausencia de micción espontánea durante el periodo de observación establecido: 17,3%; decisión del equipo quirúrgico por complicaciones, hallazgos intraoperatorios o procedimientos asociados a la hernioplastia: 16,3%; motivos sociales que impedían cumplimiento de las condiciones para alta en régimen de CMA: 12,3%, mal control del dolor: 12,2%. Entre los pacientes de este grupo analizado, se registraron las complicaciones posquirúrgicas según la clasificación de Clavien Dindo: 12,2% de los pacientes que precisaron ingreso presentaron alguna complicación Clavien Dindo I; un 1%, Clavien Dindo II; un 1%, Clavien Dindo IIIb (correspondiente a una reintervención por sangrado).

Conclusiones: La cirugía de la hernia inguinal en régimen de CMA es un procedimiento seguro, con una incidencia de complicaciones aceptable y que ha ido ganando indicaciones los últimos años. Son necesarios

más estudios de cara a establecer posibles relaciones entre factores de riesgo y ajustar mejor los criterios de inclusión para este tipo de procedimiento.